

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 4 novembre 1899, à 1 heure

PAR

HENRI GUICHARD

Né à Champlitte (Haute-Saône), le 2 août 1878

Ancien externe des hôpitaux

DE LA VALEUR DE L'HYPERTHERMIE

DANS

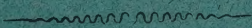
QUELQUES CAS D'URÉMIE



Président : DIEULAFOY

Juges : MM. }
LE DENTU
THIÉRY, ACHARD

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE A. MALVERGE

171, rue Saint-Denis, 171

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 4 novembre 1899, à 1 heure

PAR

HENRI GUICHARD

Né à Champlitte (Haute-Saône), le 2 août 1873
Ancien externe des hôpitaux

DE LA VALEUR DE L'HYPERTHERMIE

DANS

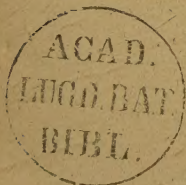
QUELQUES CAS D'URÉMIE



Président : DIEULAFOY

Juges : MM. } LE DENTU
 } THIÉRY, ACHARD

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE A. MALVERGE

171, rue Saint-Denis, 171

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des malad. des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA TOURETTE	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHARRIN.	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DELBET.	LEJARS	THIERY	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur enlever aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur



PRÉFACE

C'est pendant notre séjour à l'hôpital Tenon, que nous avons eu la bonne fortune d'observer quelques cas d'*urémie avec hyperthermie*, et c'est à la suite d'une leçon clinique faite par notre cher maître, M. le Docteur Giraudeau, que nous avons eu l'inspiration de notre thèse.

Dans ce travail, nous avons l'intention de montrer, que certaines complications survenant chez des albuminuriques, peuvent déterminer des accidents urémiques, et donner lieu à des hyperthermies qu'au premier examen on aurait pu attribuer à l'urémie elle-même.

● Nous nous sommes largement inspirés des idées et des travaux de notre excellent maître M. le Docteur

Giraudeau, qu'il nous soit permis de lui témoigner notre vive reconnaissance, pour ses bonnes leçons, et la bienveillance qu'il nous a toujours si largement prodiguée durant notre année d'externat passée dans son service à l'hôpital Tenon.

Nous exprimons notre profonde gratitude à nos premiers maîtres de l'école et de l'hôpital de Dijon, et à tous nos maîtres de la faculté et dans les hôpitaux de Paris, MM. les docteurs Lannelongue, Broca, Merklen, Tuffier, Bar et Bonnaire ; MM. Polaillon et Ménétrier de qui nous avons été l'externe, nous adressons un pieux hommage à la mémoire du professeur Hanot, de notre maître d'externat le professeur Marchant et de notre regretté maître et ami le docteur Louis Glantenay chirurgien des hôpitaux.

Nous remercions très vivement M. le professeur Dieulafoy de l'insigne honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous adressons nos remerciements à M. Simon, interne de l'hôpital Tenon, qui a bien voulu nous communiquer une observation pour notre thèse.

Nous renouvelons à M. Pierre Audy, externe des hôpitaux, l'assurance de notre profonde amitié.

HISTORIQUE

Dans un remarquable article du *dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, M. Mercklen, rappelle les conclusions des auteurs qui ont étudié la marche de la température dans l'urémie.

En 1865, Kien élève de Hirtz, nota chez une femme de trente-six ans, une température de $36^{\circ}8$ et même $36^{\circ}4$. Roberts, en 1868, cita un nouveau fait dans lequel la température oscilla de $34^{\circ}7$ à $35^{\circ}8$ et indiqua clairement la relation qui existait entre l'hypothermie et l'intoxication urémique. Deux ans plus tard il publia une observation analogue; mais dans l'intervalle Hirtz (1) disait avoir vu le thermomètre descendre à $34^{\circ}4$ dans l'urémie. Dans le même article Demarquay citait Billroth qui dans un cas de pyélo-néphrite purulente avait constaté l'abaissement de la température et

(1) Art. chaleur du Dict. de méd. et chir. prat.

l'avait attribuée à la rétention de certains éléments de l'urine et surtout du carbonate d'ammoniaque.

En 1870 Hutchinson, publiait un cas d'urémie dans lequel la température axillaire tomba à $34^{\circ}4$; et peu de temps après, Thaon, observait et signalait un cas du même genre.

En réalité c'est à la suite des remarquables travaux de Bourneville (1872-1873) que l'hypothermie fut admise dans l'urémie et considérée comme un excellent élément de diagnostic. Se fondant sur six observations cet auteur formula les conclusions suivantes : « *l'urémie quelle que soit sa forme clinique, donne lieu à un abaissement progressif et considérable de la température centrale ; cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale.* »

Bourneville montra aussi que dans l'éclampsie puerpérale l'élévation de la température est la règle, et que cette élévation augmente à partir du premier accès jusqu'à la mort.

Wunderlich, avait observé la marche de la température dans l'urémie, il remarquait que : « dans les cas mortels, la fin peut avoir lieu avec augmentation de la température », et *que dans la maladie de Bright chronique « les ascensions terminales constituent l'exception. »*

Une série de cas communiqués à la *société anatomi-*

que en 1875, par Béhier et Liouville, Hanot, Lacombe, vinrent confirmer les conclusions de Bourneville.

Mais, bientôt plusieurs observations contradictoires furent publiées. Rosenstein s'exprime ainsi : « D'après ce que j'ai constaté, la température est considérablement augmentée pendant les accès urémiques, et plus encore dans la forme convulsive que dans la forme comateuse. »

Bartels fait cette remarque : » Dans tous les cas de convulsions urémiques où mon attention s'est portée sur ce point, sauf dans un seul, la température du corps prise immédiatement après le premier accès, s'est considérablement élevée au-dessus de la normale; dans deux cas elle est montée à 40°6. La température resta élevée pendant plusieurs jours, alors même que les convulsions se suivaient rapidement. »

Strumpell (*Arch. der. Heilk*, XVII) signale également des températures de 41°5, principalement quand l'urémie s'accompagne de frissons et de sueurs.

Il ajoute que la température ne s'élève pas d'une façon notable dans l'urémie passagère, tandis que dans l'urémie mortelle on observe tantôt de l'hyperthermie, tantôt de l'hypothermie.

Dans tous ces cas il s'agissait d'accidents urémiques à *forme convulsive*, on attribua tout d'abord l'hyperthermie à l'effet de la contracture musculaire, bien plus qu'à l'action d'une substance toxique non éliminée par

les urines ; et cette élévation de température fut comparée à celle signalée depuis longtemps chez les épileptiques en état de mal.

Mac-Bride (*Arch. of. med. New-York 1880*) conclut que l'abaissement de la température était la règle dans l'urémie chronique, ou des vieillards, ou des cachectiques.

M. Hutinel (1) conclut que l'hypothermie rencontrée dans les différentes formes cliniques de l'urémie reconnaît pour cause un trouble de la nutrition, un ralentissement des combustions intimes et avec eux l'action plus ou moins hypothétique de tel ou tel produit toxique à l'exclusion des autres. Il signale qu'il a vu un certain nombre d'urémiques chez lesquels la température n'était pas sensiblement abaissée, puis il cite le cas d'une malade atteinte d'artério-sclérose et qui à l'occasion de coliques néphrétiques fut atteinte d'accidents urémiques avec température de 40°5.

Guyot, a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* (1880) l'observation d'un cas de coma-urémique dont le diagnostic avait été rendu difficile par la courbe thermométrique qui avait oscillé entre 39°, 40° et même 41° ; il s'agissait d'une néphrite interstitielle chronique, avec suppuration de quelques points kystiques.

(1) Des températures basses centrales, th. d'agrég. 1880.

Adhémar Robert (1881) trouve des températures de 39° et 40°

Dumont a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* 1881, un cas d'urémie avec élévation de la température chez une malade atteinte de cancer de l'utérus ; l'hyperthermie était due à la compression des uretères.

Moussous, interne de Damaschino, eut l'occasion d'observer en 1885, à Laënnec, une attaque d'urémie aiguë avec température de 39°9 ; il n'existait aucune complication pulmonaire, la courbe thermométrique avait déjà subi une élévation avant l'apparition des convulsions auxquelles on n'attribua pas l'hyperthermie, qui cependant présentait son maximum au moment de l'accès.

Moussous s'exprime ainsi (*France médicale*, 1885).

« Les cas dans lesquels on trouve une température
« élevée au cours d'accidents urémiques sont loin d'être
« rare, nous le savons, et c'est une remarque déjà sou-
« vent faite que s'il est de règle de voir en pareille cir-
« constance la courbe thermométrique se maintenir au-
« dessous de la normale ou du moins ne pas s'élever
« au-dessus, cette règle offre pourtant un certain nombre-
« d'exceptions dont il faut tenir compte lorsqu'on peut
« avoir à porter le diagnostic de l'urémie. *Le plus sou-*
« *vent il faut bien le dire la situation est complète, car*
« *il existe une complication de l'appareil pulmonaire*
« *ou ailleurs. C'est à cet élément morbide que l'on est*

« tenté tout naturellement d'attribuer cette marche in-
« solite de la température, et dans la majorité des cas,
« nous en convenons, cette façon de voir est pleinement
« justifiée. Mais il n'en est pas toujours ainsi : Strum-
« pell, dans une étude de la température chez les uré-
« miques insiste à juste titre sur un cas où l'on voit
« monter le thermomètre *sans motif* apparent et du fait
« seul de l'intoxication urémique. C'est un fait de cette
« nature qu'il nous a été donné d'observer. Ce qui en
« fait l'intérêt e'est justement en l'absence de
« toute complication, la simplicité relative de la si-
« tuation. Le thermomètre s'élève dès l'apparition des
« accidents, puis brusquement aussi il descend dès que
« ceux-ci s'amendent et vont se dissiper. Rien ne vient
« surcharger le tableau clinique où seul se dérou-
« le l'accès urémique, avec ses péripéties diverses.
« Toute variation de température en dépend donc uni-
« quement et directement. »

Damaschino, cité par Moussous, a également constaté une température de 39°5, dans le cours d'une néphrite interstitielle goutteuse compliquée d'urémie délirante avec respiration de Cheyne-Stokes.

MM. Tenneson et Chantemesse (1) ont rapporté des observations de coma avec hémiplégie et épilepsie par-

(1) Tenneson et Chantemesse. Hémiplégie et épilepsie partielle urémique. *Revue de méd.*, 1885.

tielle urémique. La température a toujours dépassé la normale, elle oscillait entre 38° et 39°, pour s'élever brusquement pendant la dernière heure jusqu'à 40° et 41°. Elle fut attribuée par ces auteurs à l'existence d'un œdème encéphalique d'origine urémique dû lui-même à l'altération du sang.

M. Mercklen fait remarquer que l'hyperthermie ne s'observe qu'exceptionnellement dans la véritable urémie aiguë, celle qui surprend le malade en pleine santé; mais qu'elle est plus fréquente dans l'urémie lente, et que parfois la température s'élève brusquement dans les derniers moments.

M. Bouveret, en 1889, s'exprime ainsi : « Il est possible que parmi ces poisons, produits de la vie et du fonctionnement des cellules, il en soit un qui possède la propriété d'élever la température, peut-être en agissant particulièrement sur certaines régions des centres nerveux. La rétention et l'accumulation dans le sang, à un moment donné, de ce poison thermique sous l'influence d'une élimination insuffisante par la voie rénale, donneraient une explication assez plausible de ces poussées hyperthermiques, qui dans quelques cas probablement fort rares, accompagnent les symptômes communs de l'intoxication urémique. »

MM. Richardière et Thérèse (*Revue de méd.*, 1891) étudient l'hyperthermie dans l'urémie. Ils concluent que l'hyperthermie n'est pas un symptôme rare dans

l'urémie, qu'elle peut exister dans toutes les formes d'urémie, mais coexiste assez souvent avec la paralysie à forme hémiplegique. Ils trouvent que la température atteint son maximum pendant la crise urémique, puis descend dès que les symptômes s'amendent ou disparaissent.

M. Gillet (1892) publie une observation d'urémie avec hyperthermie ; à l'autopsie les reins étaient petits, gras, granuleux.

M. Chapotot publie dans le *Lyon médical* (10 janvier 1892) une observation d'anurie calculeuse accompagnée d'urémie avec hyperthermie.

La même année, M. Blondeau consacre sa thèse à l'étude de la fièvre urémique. Il conclut que l'hyperthermie est due à la rétention des substances hyperthermisantes normalement fabriquées dans l'économie.

M. Rouquès (1894) formule les mêmes conclusions. La même année, M. Courdoux dit dans sa thèse inaugurale, que l'hyperthermie est un phénomène possible au cours de l'insuffisance rénale ; elle est due à la rétention de substances thermogènes formées dans les organes et à la résorption d'un produit fourni par le rein. Ces substances produisent l'hyperthermie en agissant sur les centres nerveux calorigènes. L'hyperthermie peut exister seule, mais s'accompagne souvent d'encéphalopathie auto-toxique. Ce syndrome suit la marche de l'intoxication dans l'économie.

M. le professeur Bouchard a démontré expérimentalement que l'intoxication urémique n'était pas due à la présence dans le sang d'une seule substance toxique, mais d'un grand nombre de substances, dont une était hypothermisante et une autre hyperthermisante.



ETUDE CLINIQUE

Actuellement, on est donc arrivé à admettre que chez les urémiques, le thermomètre pouvait rester au-dessous de la normale ou au contraire s'élever au-dessus sans qu'il fût possible d'établir de règle fixe à cet égard et l'étude de l'abaissement de la température chez les urémiques semble perdre de son importance au point de vue du diagnostic. Très fréquemment on considère comme urémique un malade plongé dans le coma, simplement parce que les urines renferment un ou deux grammes d'albumine, sans tenir compte de la température souvent élevée.

Moussous disait que le plus souvent l'hyperthermie dans l'urémie était due : « à une complication de l'appareil pulmonaire ou ailleurs. »

Tout en admettant l'existence des cas où l'élévation de la température est due à l'urémie elle-même (Moussous, Mercklen, etc.); nous nous demandons si ce n'est

pas là l'exception, et si le plus souvent il ne faut pas rechercher la cause de cette hyperthermie, dans une infection surajoutée.

On est d'accord, aujourd'hui, pour reconnaître la fréquence de l'hémiplégie vulgaire chez les individus atteints de néphrite chronique, et les hémorrhagies cérébrales, méningées et ventriculaires observées dans ces cas sont les causes fréquentes d'une élévation de température quelquefois considérable.

Au moment de l'examen de ces malades, on les trouve plongés dans un coma avec ou sans convulsions et contractures; les urines renferment de l'albumine, quelquefois même en assez grande quantité. Le thermomètre accuse une température souvent très élevée, 40°, 41° et même 42°4 comme dans un cas observé par M. le docteur Giraudeau, et que nous reproduisons plus loin.

Le coma, l'hyperthermie sont attribués à la lésion rénale. Quelquefois même l'auscultation du cœur révèle un bruit de galop qui semble en apparence confirmer le diagnostic d'urémie fébrile, et c'est le foyer hémorrhagique seul en cause qui a produit cette élévation de température.

Il existe encore bien d'autres causes d'erreur que nous allons signaler. Mais elles ont été si bien exposées par M. le docteur Giraudeau, que nous ne pouvons mieux faire que d'insérer ici même quelques passages.

de sa remarquable leçon clinique faite à l'hôpital Tenon (1).

M. Giraudeau s'exprimait ainsi : « Aujourd'hui, « comme cause d'erreur assez commune, je vous signalerai l'apparition ou l'évolution d'une maladie infectieuse chez un albuminurique ; en général, les choses « se passent de la façon suivante.

« Un albuminurique est pris d'inappétence, de courbature, de frissons, sa température s'élève ; puis, de « la céphalalgie, de la constipation, des nausées, des « vomissements apparaissent. Le médecin appelé diagnostique un embarras gastrique ou, si aux symptômes que je viens d'énumérer s'ajoutent des larmoiements, du coryza, du catarrhe laryngo-trachéal, « on prononce le nom de grippe, parfois, encore, il « reconnaît une angine bénigne en apparence, avec ou « sans fausses membranes. Dans tous les cas, le thermomètre oscille entre 38° et 39°, quelquefois même « davantage ; les urines diminuent de quantité, sont « foncées, concentrées ; l'albuminurie, parfois très peu « prononcée avant l'apparition des accidents fébriles, « devient abondante ; puis, brusquement, éclatent des « accidents graves : coma, convulsions, délire, accès « de suffocation avec ou sans expectoration rosée, ma-

(1) *Presse médicale*, 18 février 1899.

« nifestations imputables à l'urémie et qui captivent
« toute l'attention du médecin.

« Souvent le malade n'avait pas auparavant fait ap-
« peler de médecin pour une indisposition qu'il consi-
« dérait comme sans gravité ; il se soignait à sa façon
« ou ne se soignait pas du tout ; et lorsque appelé en
« toute hâte par sa famille, vous arrivez auprès de lui,
« vous le trouvez sans connaissance depuis plusieurs
« heures, avec ou sans mouvements convulsifs.

« A l'hôpital, c'est bien pis encore. Ici, les rensei-
« gnements font complètement défaut, mais, comme
« les urines obtenues par le cathétérisme renferment
« de l'albumine en assez grande quantité, comme, d'au-
« tre part, les accidents cérébraux ou respiratoires res-
« semblent de tous points à ceux de l'urémie et que la
« température est élevée, vous avez de la tendance à
« ranger ce cas parmi les urémies hyperthermiques,
« alors que les manifestations fébriles tiennent à une
« toute autre cause. En réalité, voici ce qui a lieu.

« Chez un albuminurique dont la dépuration urinaire
« se faisait jusque-là tant bien que mal, plutôt mal que
« bien, est survenue tout à coup une intoxication ou
« une infection. Il en est résulté une augmentation
« brusque de la quantité des matériaux toxiques en
« circulation dans le sang ; et par suite une élévation
« de la température centrale. Comme il est de règle au
« début de toute maladie fébrile, les urines sont deve-

« nues rares, parfois même elles ont cessé d'être secré-
« tées pendant un certain nombre d'heures ; dès lors,
« il y a eu accumulation de poisons dans le sang, et les
« accidents urémiques ont éclaté. *L'hyperthermie qui*
« *existe en pareil cas doit donc être mise sur le compte*
« *de la maladie infectieuse surajoutée* et non pas sur
« celui de l'intoxication urémique.

« Revenons maintenant à notre malade. Que va-t-il
« se passer chez lui ?

« Ou bien il va succomber rapidement aux accidents
« urémiques sans que la maladie infectieuse ait eu le
« temps de se manifester par des symptômes révéla-
« teurs, et alors le diagnostic restera problématique,
« mystérieux, car l'autopsie elle-même en l'absence
« d'un substratum anatomique qui n'a pas eu le temps
« de se développer, ne vient nullement lever les doutes.
« Et même, la constatation d'une lésion rénale, pro-
« fonde et ancienne, celle d'une hypertrophie cardiaque
« considérable ne font que confirmer en apparence le
« diagnostic d'urémie hyperthermique, alors que le dia-
« gnostic réel devrait être *urémie chez un malade at-*
« *teint d'une affection fébrile.*

« Ou bien, au contraire, sous l'influence d'un traite-
« ment énergique, saignée, lavage du sang, etc., le
« malade résiste aux accidents qui l'ont frappé d'une
« façon si brutale et si inopinée en apparence ; peu à
« peu, les manifestations de la grande urémie dispa-

« raissent, mais la fièvre persiste. C'est alors que l'on
« voit évoluer la maladie infectieuse, cause réelle de l'é-
« lévation de la température, et que le diagnostic va
« pouvoir être fait. Souvent cependant, la possibilité
« d'un diagnostic exact sera retardée pendant plusieurs
« jours, car la maladie fébrile gardera parfois une bi-
« zarrerie d'allures imputable aux accidents urémiques
« qui, au lieu de disparaître brusquement, s'atténuent
« progressivement à mesure que la dépuration urinaire
« revient à son taux habituel. Dans ces derniers cas,
« on dit parfois que la maladie infectieuse revêt la
« forme cérébrale, cérébro-spinale, ataxique ou ma-
« ligne, alors qu'il n'en est rien et que la lésion rénale
« antérieure à l'affection fébrile doit seule être mise en
« cause.

« C'est surtout en temps d'épidémie de *grippe* que
« vous aurez l'occasion d'observer les cas auxquels je
« viens de faire allusion. Depuis plusieurs années, tant
« à l'hôpital qu'en ville, j'ai été frappé de cette coïnci-
« dence, si bien qu'à certaines époques de l'année, l'uré-
« mie semble revêtir une véritable allure épidémique ;
« or, ce n'est pas l'urémie qui mérite cette dénomin-
« tion mais bien *l'affection fébrile qui la provoque*. Ja-
« mais, pour ma part, je n'ai vu autant de ces cas d'u-
« rémie que pendant la grande épidémie de grippe qui
« a fait tant de victimes en France, il y a quelques
« années.

Plus loin, M. Giraudeau dit encore : « A l'hôpital, « il ne se passe pour ainsi dire pas d'hiver, que je n'ap- « pelle l'attention de mes élèves sur la cause occasion- « nelle de ces accidents urémiques. A diverses reprises, « j'ai reçu dans mes salles des malades manifestement « grippés, fébricitants, et présentant une dyspnée hors « de proportion avec les signes physiques révélés par « l'examen de la poitrine. N'ayant aucun renseigne- « ment sur les antécédents de ces malades, j'attribuais, « au début, la *dyspnée sine materia* qu'ils présentaient, « à la grippe elle-même, et je les considérais comme « atteints de grippe à forme respiratoire. J'avais bien « remarqué que les urines étaient rares et albumineuses « mais je pensais qu'il s'agissait d'une albuminurie fé- « brile, transitoire. Ce n'est qu'en voyant, après la « chute de la fièvre, cette modification des urines per- « sister, ou bien, en apprenant des malades eux-mêmes « qu'ils avaient été soignés quelque temps auparavant « pour de l'albuminurie, que l'enchaînement des acci- « dents m'apparaissait.

« Je vous ferai remarquer en passant que, lorsque la « la grippe se développe chez un sujet atteint de né- « phrite chronique, presque toujours les accidents uré- « miques frappent le poumon ; parfois, cependant, ils « revêtent l'une des formes cérébrales habituelles. »

Les phénomènes développés à l'occasion de la grippe lé sont aussi pour les fièvres éruptives. Nous citons

plus loin deux observations d'urémie hypothermique dont la température était manifestement due dans l'une à la rougeole, dans l'autre à une fièvre typhoïde qui ont évolué après la disparition des accidents urémiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grippe. — Urémie. — Œdème brightique suraigu du poumon
(Recueillie par M. Giraudeau, et publiée dans la clinique
méd. de l'Hôtel-Dieu de M. le Professeur Dieulafoy,
1^{er} édition. T. I^{er}, page 31).

Au mois de novembre 1892, M. Giraudeau fut appelé un matin auprès d'une dame de soixante-douze ans, pour un accès d'oppression très violent qu'elle avait eu dans la nuit.

Albuminurique depuis plusieurs années elle ne souffrait pas de son affection rénale et suivait d'ailleurs assez régulièrement un régime alimentaire composé de lait et d'aliments féculents.

Au moment de son arrivée, la malade était assise sur son lit, encore toute haletante ; elle raconte d'une voix entrecoupée qu'elle se sentait beaucoup mieux pour le moment, mais qu'elle avait cru mourir dans la nuit, tant la suffocation avait été intense pendant plusieurs heures.

Auprès du lit de la malade se trouvait une cuvette remplie d'une mousse rosée, et au-dessous de cette mousse on constatait l'existence d'un liquide légèrement visqueux, à peine teinté en rose.

D'emblée le diagnostic s'imposait : il était évident que la malade avait été prise d'un accès d'œdème suraigu du poulmon.

Le poul était petit, incomptable ; les extrémités froides ; la température axillaire était de 35°6 mais la *température vaginale atteignait 38°7*.

En outre de cette élévation de température, cette malade présentait autour des lèvres une éruption confluent de vésicules d'herpès à contenu encore opalescent et, par conséquent de formation récente.

A l'auscultation de la poitrine on constatait de nombreux râles fins, sous crépitants, plus abondants aux deux bases.

L'auscultation du cœur, permettait de constater l'intégrité des orifices du cœur et de l'aorte, mais ne laissait aucun doute sur l'existence d'un bruit de galop d'origine brightique.

L'entourage de la malade raconta alors que depuis plusieurs jours elle était enrhumée, qu'elle avait du coryza, du larmolement, une céphalalgie frontale intense, enfin que la fièvre était apparue quarante-huit heures auparavant.]

Elle n'avait pas uriné depuis quinze heures, et les quelques gouttes d'urine que l'on put obtenir à grand peine étaient rouge brique et renfermaient beaucoup plus d'albumine que les jours précédents.

Il y avait aussi, un œdème assez prononcé des membres inférieurs.

La saignée ayant été repoussée par la famille, M. Gi-

raudeau fit appliquer de suite huit ventouses scarifiées à la région des reins et conseilla un régime lacté.

Au bout de quelques heures, l'expectoration cessa d'être mousseuse et prit l'apparence d'un liquide visqueux analogue à du blanc d'œuf cru. L'oppression persista encore plusieurs jours, en même temps que des râles sous crépitants de plus en plus disséminés dans toute l'étendue de la poitrine ; puis tout rentra dans l'ordre.

Quant à la fièvre, elle ne disparut qu'au bout de quatre jours et pendant tout ce temps la température vaginale oscilla matin et soir entre 38° et 39°.

La diminution de la dyspnée coïncida d'une façon très nette avec la réapparition des urines, dont, au bout de deux jours la quantité dépassait deux litres par vingt-quatre heures ; l'albumine diminua progressivement, mais ne revint à son taux habituel qu'une semaine environ après la fin de l'accès urémique.

Cette dame vit encore aujourd'hui, et chaque fois l'examen de ses urines révèle la présence d'une petite quantité d'albumine.

OBSERVATION II

Grippe. — Urémie. — Œdème suraigu du poumon

(Recueillie par M. Giraudeau, et publiée in Pr. méd. n° 14,
du 18 Février 1899)

Il s'agissait d'une femme de cinquante-cinq ans environ, diabétique et albuminurique depuis plusieurs années.

M. Giraudeau avait été appelé auprès d'elle plusieurs jours

auparavant pour une grippe légère mais cependant fébrile, car la température était de 38° dans l'aisselle le matin et 38°6 le soir.

Comme manifestations thoraciques il existait simplement du sifflement trachéo-bronchique et quelques râles sous crépitants à la base droite.

Le cinquième jour de son indisposition, on vint chercher M. Giraudeau en toute hâte pour une dyspnée violente, avec expectoration rosée, qui l'avait prise quelques heures auparavant, alors que dans la matinée rien ne faisait supposer l'apparition d'un accident aussi subit. Ici, encore, il s'agissait d'un œdème suraigu du poumon, mais la température qui la veille au soir avait été de 38°9 dans l'aisselle n'était plus que de 38°2 dans le vagin au moment de la visite.

La malade n'avait pas uriné depuis au moins huit heures et sa vessie était vide au moment de l'examen. Malgré tous les soins, elle succomba en quelques heures.

La malade avait été suivie depuis le début de sa maladie et vue tous les jours ; ce qui avait permis de s'assurer de cette *infection grippale*.

OBSERVATION III

Grippe. --- Urémie. — Mort

(Recueillie par M. Giraudeau et publiée in Pr. méd. n° 14.

18 Février 1899)

On apporta à l'hôpital Necker pendant que M. Giraudeau remplaçait M. Rigal, un peintre en bâtiments, âgé de vingt-

cinq ans, que l'on avait trouvé sans connaissance dans sa chambre.

Il avait de la contracture de la nuque, des secousses fibrillaires dans tous les muscles, ses pupilles étaient punctiformes, son pouls plein et fort, la température rectale dépassait 39°; enfin il existait sur le nez et la lèvre supérieure de cet homme de nombreuses vésicules d'herpès desséchées et noirâtres.

Comme on avait signalé quelques semaines auparavant plusieurs cas de méningite cérébro-spinale on crut avoir affaire à cette affection.

Le malade ayant succombé dans la nuit l'autopsie ne confirma pas ce diagnostic. Les méninges rachidiennes et cérébrales étaient intactes; à peine çà et là, existait-il, quelques petites suffusions hémorrhagiques dans l'épaisseur de la pie-mère.

En revanche, les reins étaient atrophiés, granuleux, rougeâtres, manifestement sclérosés et leur substance corticale était réduite à une mince bandelette de 2 millimètres au plus d'épaisseur.

N'ayant pu se procurer d'urine du vivant de cet homme, on recueillit les quelques cuillerées de ce liquide contenues dans la vessie : il était fortement albumineux.

Evidemment, ici encore, bien qu'on n'ait pu obtenir aucun renseignement sur la marche des accidents, il s'agissait de troubles urémiques développés à l'occasion d'une maladie fébrile, ainsi que le prouvaient les vésicules d'herpès qui couvraient le visage.

OBSERVATION IV

Urémie. — Rougeole

(Recueillie par M. Giraudeau et publiée in Pr. méd. N° 14.
18 février 1899.)

Il s'agissait d'une fillette de douze ans, d'un orphelinat de Paris.

Depuis plusieurs années, elle était atteinte d'une albuminurie dont la cause était restée inconnue.

Cette affection ne se révélait d'ailleurs que par quelques maux de tête et, de temps à autre, par des vomissements.

Un jour, on vint en toute hâte prévenir M. Giraudeau que l'enfant venait d'être prise d'accidents convulsifs.

A son arrivée auprès d'elle, les convulsions avaient cessé, mais le coma était complet.

Le thermomètre dans l'aisselle montait à 38°, élévation de température qui fut mise alors sur le compte des accidents urémiques.

Peu de temps après avoir pratiqué une saignée de 250 gr. environ, l'enfant revint à elle ; mais huit heures après la cessation des accidents convulsifs, la température n'était pas revenue à la normale. Quand le lendemain soir apparut sur la figure, le tronc et le voile du palais une éruption de rougeole confluyente qui, dans la nuit, s'étendit à tout le corps.

A partir de ce moment, la maladie évolua sans aucun accident et, au bout d'une semaine, la guérison était complète.

Il est évident, dans ce cas, que, lorsque les convulsions apparurent, cette enfant était déjà depuis deux ou trois jours en puissance de rougeole, et que c'est bien à cette

affection que l'on devait attribuer l'élévation de la température constatée pendant la période comateuse.

Si la malade avait succombé ce jour-là, comme rien ne permettait de penser à la rougeole, on n'aurait pas manqué de citer cette observation comme un exemple d'urémie hyperthermique, puisque l'autopsie elle-même eut été négative.

Si l'albuminurie antérieure avait été méconnue, on n'aurait guère pu, en voyant apparaître l'éruption, se défendre de penser à quelque forme de rougeole anormale ou maligne, dont l'accès d'éclampsie aurait marqué le début.

Cette jeune malade jouit actuellement d'une bonne santé et, aux dernières visites de M. Giraudeau, les urines ne contenaient aucune trace d'albumine.

OBSERVATION V

Urémie. — Fièvre typhoïde.

(Recueillie par M. Giraudeau et publiée in Pr. méd. N° 14.
18 Février 1899).

Dans cette observation, il s'agit d'un malade de 22 ans, atteint de néphrite ascendante d'origine blennorrhagique et soigné habituellement par le professeur Hardy.

En son absence, la famille envoya un jour chercher M. Giraudeau pour donner ses soins à ce jeune homme.

Il se plaignait de vertiges, d'étourdissements, d'inappétence, mais surtout d'une céphalalgie persistante qui l'empêchait de dormir.

Il avait eu la veille plusieurs vomissements.

Les urines avaient diminué de quantité; elles étaient d'un rouge brique et renfermaient beaucoup d'albumine.

La température depuis deux jours oscillait entre 38° et

38.5. Le malade fut soumis à un traitement dont le sulfate de quinine et le salol formaient la base.

Pendant trois jours, l'état resta à peu près stationnaire, la température s'éleva un soir à 39° et la céphalalgie était de plus en plus intense.

La quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures n'atteignait pas un demi-litre.

Enfin, le cinquième jour, dans la matinée, le malade fut pris d'un accès convulsif qui dura plusieurs heures et à la suite duquel il tomba dans le coma. M. Giraudeau ne savait trop quel diagnostic porter. Il avait le souvenir de plusieurs cas d'urémie hyperthermique publiés quelque temps auparavant et se demandait s'il ne se trouvait pas en présence d'un fait semblable, d'autant plus que le malade n'avait pas uriné depuis la veille au soir et que sa vessie ne renfermait pour ainsi dire pas d'urine.

D'autre part, la famille avait dit qu'il avait eu une hémoptysie deux ans auparavant; il y avait lieu de se demander s'il ne s'agissait pas là d'une méningite tuberculeuse à allures un peu insolites.

Dans le doute, on fit appliquer quatre sangsues derrière chaque oreille et on laissa le sang couler pendant tout l'après-midi.

Le professeur Hardy arriva le soir même; il porta le diagnostic prudent « accidents méningés », sans vouloir s'avancer davantage.

Pendant deux jours, le malade resta sans connaissance. Deux fois par jour on le sondait, et chaque fois on ne retirait que 150 à 200 gr. d'urine très colorée et renfermant de l'albumine en abondance.

La température restait toujours au-dessus de 39°.

Le troisième jour, ce jeune homme revint à lui et reconnut les personnes de son entourage. Il se mit à uriner spontanément et en grande quantité, mais sa langue était sèche et ses lèvres fuligineuses ; il eut ce jour-là trois selles diarrhéiques et son ventre était légèrement ballonné.

Cet état, entrecoupé de délire de paroles surtout nocturnes, persista plusieurs jours ; mais la température, au lieu de baisser, monta un soir jusqu'à 40°.

Enfin, six jours après l'apparition de l'attaque convulsive, on eut le mot de l'énigme en trouvant sur le ventre plusieurs *taches rosées* caractéristiques d'une *fièvre typhoïde*.

Celle-ci évolua ensuite normalement, sauf une rechute sans gravité survenue au trente-troisième jour, alors que l'apyrexie était complète depuis quelque temps déjà.

Ce jeune homme a toujours une petite quantité d'albumine dans les urines, mais, à part ce symptôme, indice vraisemblable d'une néphrite parcellaire, imputable bien plus à sa blennorrhagie qu'à sa dothiénthérie, il jouit d'une bonne santé, en apparence tout au moins.

OBSERVATION VI

Hémorrhagie cérébrale

(Recueillie par M. Giraudeau et publiée in Pr. méd. N° 14.
18 février 1899)

Il s'agit d'un homme, d'une cinquantaine d'années, apporté sans connaissance salle Gérando, hôpital Tenon.

Les urines de ce malade renfermaient la quantité considérable de 8 grammes d'albumine par litre, son pouls était dur et l'examen du cœur permettait d'entendre un bruit de

galop typique et de constater une hypertrophie notable du ventricule gauche.

Cependant, comme la température rectale était de 41°6 à neuf heures du matin, on n'hésita pas à rattacher à une autre cause que l'urémie le coma profond dans lequel était plongé cet homme; à une heure de l'après-midi, quelques instants avant la mort, le thermomètre monta même à 42°5. Or, à l'autopsie, on rencontra en même temps que des lésions de néphrite chronique et d'hypertrophie cardiaque, une vaste hémorrhagie cérébrale ayant fait irruption dans les ventricules latéraux : là était la cause de l'hyperthermie et de la mort.

OBSERVATION VII

Grippe. — Urémie. — Mort.

(Recueillie dans le service de M. Martin, médecin de l'hôpital Tenon, par M. Simon, interne des hôpitaux).

Th... Reine, femme K..., âgée de 57 ans, entrée le 3 mai salle Claude-Bernard.

Malade depuis 6 ans d'un asthme, dit-elle.

Les urines contiennent depuis longtemps de l'albumine.

Le 1^{er} mai, la malade se met à tousser; elle a un peu de fièvre et est obligée de se coucher.

Le 3 mai, elle entre à l'hôpital, en proie à une dyspnée intense inexpliquée par les quelques râles qu'on trouve dans la poitrine.

L'expectoration est peu abondante, seulement quelques crachats épais et verdâtres.

Le cœur est affolé, les battements irréguliers et incomptables.

Guichard

La température vaginale est de 38° le matin.

Les urines, un litre, contiennent un flot d'albumine.

Traitement. — Ventouses scarifiées sur les reins, puis sur la poitrine; digitale, purgatif.

4 mai. — La malade se sent un peu moins oppressée.

La température vaginale est de 38°7 le matin et 38°6 le soir.

Urines 900 grammes fortement albumineusss.

5 mai. — Même état.

Température vaginale 38°7 le matin, le soir 38°8.

Urines 500 grammes. Albumine.

Dans la nuit du samedi au dimanche (6 au 7 mai), la malade tombe dans le demi-coma.

M. Giraudeau la voit le dimanche matin et constate quelques vésicules d'herpès desséchées sur les lèvres.

Injections hypodermiques de caféine et d'éther.

A midi, saignée de 200 centimètres cubes, injection sous la peau de 400 centimètres cubes de sérum.

Mort à 5 heures.

Autopsie. Poumons. — Il n'y a pas trace de tuberculose.

Toute la moitié antérieure du poumon droit est emphysemateuse.

Le reste du poumon droit, la base et la partie moyenne du poumon gauche sont atteints de *congestion intense*, avec condensation du tissu pulmonaire.

Cœur. — Poids: 360 grammes.

Valves de la mitrale ont leur bord libre légèrement boursofflé.

Rien aux autres valvules.

Reins. — *Rein droit* hydronéphrose. Calcul enclavé à l'origine de l'uretère. Uretère oblitéré.

Rein gauche. Infarctus dans la substance corticale.

OBSERVATION VIII
Grippe. — Urémie. — Mort.

(Recueillie dans le service de M. le docteur Giraudeau,
à l'hôpital Tenon).

R... Anna, âgée de 57 ans, ménagère, entre salle Royer,
le 6 avril 1899.

Les antécédents héréditaires ne donnent rien de spécial
à signaler.

Les antécédents personnels ne révèlent rien; jusqu'à
l'âge de 26 ans, la malade jouissait d'une santé parfaite.

Depuis cette époque, la malade tousse et crache tous les
hivers.

Il y a quinze jours, elle fut prise brusquement de frissons,
fièvre, accompagnés de céphalalgie violente, faiblesse,
courbature, nausées, mais le symptôme prédominant était
une violente oppression qui n'a fait que s'accroître jusqu'à
ce jour.

La malade répond difficilement aux questions qu'on lui
pose; elle est en proie à une dyspnée très intense, continue.

Le visage est pâle, terreux, exprimant une angoisse ex-
trême.

La palpation et la percussion du thorax ne révèlent rien
de particulier.

A l'auscultation, au sommet, en avant et en arrière, on
constate quelques râles sibilants et ronflants, disséminés;
mais en arrière, dans les 2/3 inférieurs des poumons, on
trouve une pluie de râles sous-crépitaux fins, couvrant les
deux temps de la respiration; on les entendait également
dans les deux aisselles.

L'expectoration est peu abondante; les crachats sont épais, verdâtres.

Le pouls est fréquent, égal, régulier.

L'auscultation du cœur permet de constater l'intégrité de cet organe.

Les urines sont fortement albumineuses.

Il n'y a pas d'œdème, mais on remarque sur la lèvre inférieure un groupe de vésicules d'herpès flétries.

La température vaginale est de 38°2.

Le 7 avril, à 9 heures du matin, la malade qui s'était levée quelques instants auparavant, tombe brusquement dans un coma absolu, elle ne réagit à aucune excitation.

La température est de 36°8.

A 10 heures, la saignée du bras permet de retirer 300 gr. de sang.

La malade meurt à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. Les poumons sont violacés aux deux bases, une petite quantité de sérosité s'écoule à la coupe.

Aucune trace d'hépatisation.

Le cœur est volumineux, le ventricule gauche est hypertrophié, on voit quelques plaques grisâtres de sclérose à la coupe.

L'orifice aortique est légèrement athéromateux.

Le foie est déformé, surtout le lobe gauche qui a presque disparu.

Les reins sont volumineux, d'une coloration violet pâle; la capsule est épaissie, adhérente, la substance corticale est doublée de volume et tranche par sa coloration pâle sur les pyramides violacées.

OBSERVATION IX

(Recueillie par M. Gros, interne provisoire de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne; publiée in *Loire médicale* le 15 mars 1897.)

Homme alcoolique, âgé de 50 ans.

Son père mort à 76 ans; sa mère à 84; pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Antécédents personnels: pas de maladies infectieuses, alcoolisme très caractérisé; ce malade buvait en assez grande quantité du vin et des liqueurs.

Il jouissait d'une excellente santé quand il y a deux ans, s'est développé aux membres inférieurs un œdème qui a disparu après quinze jours de repos. Il a pu reprendre son travail.

Le malade tousse depuis deux mois; il n'avait pas de phénomènes généraux caractérisés, ni de troubles gastriques; il pouvait travailler. Depuis trois semaines, il a dû quitter son ouvrage. Vertiges, vue trouble, asthénie profonde, pas de céphalée; le malade est entré le 18 février à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le docteur Cénas.

Il est faible, abattu, sa prostration rappelle l'état typhoïde

Appareil respiratoire: à la percussion pas de modification de la sensibilité; les vibrations sont normales, congestion légère à gauche, murmure respiratoire plus marqué.

Poumon droit: gros râles de bronchite disséminés dans tout le poumon, marqués surtout à la base: dyspnée intense, 39 inspirations par minute.

Cœur: les bruits sont éloignés, faibles, mal frappés; pas d'œdème.

Le pouls bat à 120 pulsations, il est régulier, mou, dépressible.

La radiale donne une sensation de tuyau (athérome). On sent très bien l'humérale au pli du coude, l'artère temporale, etc.

On note du myosis.

Le tympanisme gastrique est très étendu ; on a du clapotage et la succussion donne un bruit de glou-glou.

Langue sèche rôtie. Température 39° 9°.

L'urine est rare ; elle renferme une quantité très notable d'albumine.

21 Février : langue sèche, état comateux, persistance de la fièvre, myosis, pouls très faible, 132 pulsations. Dyspnée très intense : on note 44 inspirations par minute avec quelques arrêts brusques.

La marche de la température a été la suivante :

18 Février				soir 39°9
19	—	matin	39°7	— 39°8
20	—	—	39°4	— 39°6
21	—	—	39°7	— 40°1
22	—	—	39°5	— 39°9

Autopsie. Le 24 février.

Poumon droit : adhérences pleurales, état spléno-pneumonique ; les fragments du poumon surnagent dans l'eau.

Rein droit ; poids 250 grammes, pas congestionné, se décortique facilement, tendance au rein blanc.

Rein gauche : poids 300 grammes, adhérent, congestion très prononcée, substance corticale amincie, dilatation du bassinet et des uretères.

Cœur : 500 grammes, flasque, congestionné asphyxique.

Ventricules dilatés, diminution d'épaisseur des parois, pas de lésions aux orifices.

Athérome très accusé des artères pulmonaires et de l'aorte.

Foie 1.975 grammes, tendance au foie gras, nombreux calculs dans la vésicule biliaire.

Estomac très dilaté.

Rate 272 grammes, rien de particulier à signaler.

Encéphale : méninges congestionnées, légère quantité de liquide louche dans les ventricules non dilatés. Pas de ramolissement.

OBSERVATION X

Urémie — Grippe

(Recueillie par M. le Dr Tronchet, de la Rochelle).

Enfant T..... 7 mois.

Début par de la fièvre, de la toux et une légère angine catarrhale ; deux jours après, bronchite aiguë double avec coryza.

Température : 38° 5.

Râles sibilants dans les deux poumons.

Les jours suivants la température monte à 39°, puis à 39° 5 ; les petites bronches se laissent envahir.

A ce moment l'enfant n'urina que deux fois par jour, eut de l'insomnie, de l'agitation, quelques vomissements ; c'était le moment où les râles étaient le plus fins ; malgré l'amélioration qui se produisit assez rapidement dans la respiration sous l'influence de l'enveloppement humide

imperméable, la miction ne redevint normale que peu à peu, et l'enfant resta cinq jours avec les urines rares.

Le 6^e jour 2 avril 1899 l'enfant n'urina que le matin; le soir un cathétérisme n'amena même pas quelques gouttes d'urine; l'agitation du début avait reparu; la température était de 39° 5; le pouls très fréquent (140); le faciès très congestionné, enfin la respiration était rapide et très courte.

A l'auscultation on pouvait constater la réapparition des râles crépitants, surtout dans la fosse sous-épineuse droite; le poumon gauche était aussi congestionné; enfin le ventre était ballonné, mais la vessie était vide.

Un bain chaud donné toutes les trois heures suivi d'un enveloppement avec une serviette mouillée, ouate et taffetas gommé, des lavements d'eau salée toutes les trois heures et une potion au carbonate d'ammoniaque eurent raison de ces accidents urémiques. Toutefois l'urine redevint abondante le 7 avril seulement, et la congestion pulmonaire ne diminua qu'à partir de cette date, c'est-à-dire cinq jours après la violente crise d'urémie; la température aussi est tombée le 7 avril.

OBSERVATION XI

Urémie — Grippe

(Recueillie par M. le Dr Tronchet, de la Rochelle).

Enfant M.... 11 mois.

Atteinte aussi de grippe, mais avec bronchite d'emblée.

Cet enfant n'a été vue que cinq jours après le début de la toux ; peut-être l'angine est-elle passée inaperçue. L'enfant était depuis deux jours en traitement, lorsque les parents s'aperçurent qu'elle n'urinait pas ; on lui donna des lavements d'eau salée (7 grammes 0/0) on pratiqua l'enveloppement humide et imperméable et on administra du glycérophosphate.

Dès le soir même l'enfant commença à uriner un peu, puis eut trois mictions le lendemain, quatre le surlendemain mais resta à ce chiffre ; ce ne fut qu'au bout d'environ 6 jours de traitement que l'urination se rétablit complètement et redevint normale. En même temps la bronchite s'améliorait après s'être accompagnée de signes de congestion pulmonaire, qui persista tant que les phénomènes urémiques se manifestèrent, ceux-ci sous forme d'agitation, de perte de sommeil, de vomissements, d'anurie, etc. L'enfant est restée profondément anémiée.

OBSERVATION XII

Urémie — Grippe.

(Recueillie par M. le Dr Tronchet, de la Rochelle).

Enfant J..... 2 ans 1/2.

Très lymphatique, ne marchant pas encore ; il n'a jamais joui d'une bonne santé et a été souvent atteint de bronchite.

Il est pris de toux depuis quelques jours, et sa fièvre, son abattement inquiètent ses parents.

Il n'urine que deux fois par jour et peu chaque fois.

A l'auscultation râles sous-crépitaux des deux côtés.

Traitement par l'enveloppement humide et imperméable, le glycérophosphate en solution et les lavements d'eau salée (im toutes les 3 heures).

Pendant 4 jours l'enfant resta prostré, urinant un peu plus (traces d'albumine, et pauvreté d'urée), semblant moins congestionné des bronches. Peu à peu la fièvre tomba de 39° 5 à 38, et le pouls de 140 à 100. Après une semaine de traitement la bronchite s'améliora sensiblement les urines redeviennent normales.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic présente souvent de grandes difficultés.

1° On reconnaîtra l'urémie hyperthermique simple à ce que les accidents apparaissent et disparaissent en même temps que la fièvre, qui aurait sa cause (Merklen, Moussous, Bouchard, etc.) dans la rétention de produits toxiques agissant sur les centres calorigènes.

Mais cette urémie fébrile simple ne doit être admise qu'après avoir éliminé toutes les causes d'erreur qui sont : les formes rénales et les formes malignes des maladies infectieuses, et les lésions cérébrales.

2° Dans la forme rénale des grandes infections, celle de la fièvre typhoïde, par exemple, les accidents urémiques éclatent dans le cours de la maladie, lorsque l'infection est à son summum. Mais les malades qui ont présenté ces accidents dès le début ne sont-ils pas des

albuminuriques qui ont pris une maladie infectieuse ?

A propos de la fièvre typhoïde, il est difficile de faire la part des symptômes qui appartiennent à la maladie première et de ceux qui relèvent de l'auto-intoxication secondaire.

On se basera sur la diminution des urines ; les symptômes de l'urémie coïncidant avec ces modifications de l'urination. On se basera sur les désordres urémiques.

3° Les formes malignes des maladies infectieuses et autres, présentent parfois, des symptômes communs avec l'urémie. Ici encore, c'est l'élévation de la température qui devra éclairer le diagnostic, et certains cas ne doivent-ils pas être considérés comme des formes malignes, mais comme des accidents urémiques chez des infectés.

4° Nous avons déjà parlé des lésions cérébrales chez les brightiques, elles sont très fréquentes.

Grainger-Stewart affirme que sur 100 cas d'hémorrhagie cérébrale on retrouve 15 fois la néphrite interstitielle.

L'examen des urines, alors même qu'il permettrait de constater la présence d'une quantité plus ou moins grande d'albumine ne fournit pas un élément sûr de diagnostic ; car chez la plus grande partie des sujets frappés d'hémorrhagies cérébrales on recueille des urines albumineuses.

Le coma urémique est brusque avec des rémissions et des exacerbations passagères que l'on ne rencontre pas dans le coma des lésions cérébrales.

La respiration est stertoreuse, accélérée.

On constate l'absence de paralysie motrice (G. Sée. Lasègue, Jaccoud) quoique M. le professeur Raymond ait observé des cas d'hémiplégie dans le coma urémique nous pensons que c'est un fait assez rare, et que le plus souvent ces hémiplégies sont sous la dépendance de complications.

Nous savons que l'hyperthermie est fréquente dans les hémorragies cérébrales et l'abaissement de la température sera en faveur de l'urémie.

PRONOSTIC

Le pronostic immédiat de l'urémie fébrile, quelle que soit la cause de l'hyperthermie est extrêmement grave.

Si c'est un vieillard et que les accidents revêtent la forme comateuse, presque à coup sûr il succombera.

Mais si le malade guérit de sa maladie infectieuse que va-t-il devenir ?

En principe la maladie infectieuse devrait donner un coup de fouet à l'affection rénale, et augmenter l'étendue des lésions dégénératrices des reins. Mais d'après nos observations il est à prévoir que le pronostic n'est pas toujours aussi sombre.

La vieille dame dont nous avons rapporté l'histoire (obs. I), vit encore et elle a toujours une petite quantité d'albumine.

La petite fille atteinte de rougeole (obs. IV) n'avait plus d'albumine les dernières fois qu'elle avait été revue par M. Girardeau.

Quand au jeune homme atteint de fièvre typhoïde (obs. V), il a toujours de l'albumine dans les urines, mais cette albuminurie semble devoir se rattacher bien plus à sa blennorrhagie qu'à sa dothiéntenthérie.

Les trois petits malades dont le docteur Tronchet a bien voulu nous communiquer les observations (X, XI, XII) ont été complètement guéris.

Le traitement est celui de l'urémie, aussi nous ne voulons pas nous y arrêter.

CONCLUSIONS

1° Dans les urémies, s'accompagnant de fièvre, on ne doit mettre l'hyperthermie sur le compte de l'insuffisance de la dépuratation urinaire, qu'après s'être assuré, que la fièvre n'existait pas avant l'apparition des accidents urémiques.

2° Si elle existait, ou si on la voit persister après la disparition des accidents, on peut presque à coup sûr affirmer que la lésion rénale n'a rien de commun avec cette hyperthermie. Il faut alors en rechercher la cause dans une infection surajoutée.

3° Nous ne qualifierons, d'urémie fébrile, que les cas dans lesquels la fièvre apparaît en même temps que les accidents urémiques, croît avec eux, et tombe lorsqu'ils disparaissent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTELS. — Maladie des Reins. Paris, 1884.
- BLONDEAU. — Urémie fébrile. Th. Paris, 1892.
- BOUCHARD. — Fièvre et mal. fébriles. Cours de 1893.
— Leçon sur les auto-intoxications dans les
maladies.
- BOULLARD. — Urémie des fièvres. Th. Paris, 1892.
- BOURNEVILLE. — Nouvelles recherches de la température
dans l'urémie et l'éclampsie puerpérale
(in Mouvement médical 1873).
- BOURNEVILLE. — Urémie; abaissement de la température
in Bulletin de la Soc. anatomique, 5^e série.
T. VIII.
- BOUVERET. — Urémie délirante. Th. de Lyon 1883.
- CHAPOTOT. — Lyon médical, 10 janvier 1892.
- COCHET. — Bulletin médical de l'Algérie, août 1895.
- COURDOUX. — Hyperthermie dans l'urémie. Th. de Paris 1894.
- DAMASCHINO. — Traité des maladies des voies digestives.

DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. T. I^{er},
1^{re} éd.

— Traité de pathologie interne. T. II, 11^e édit.

DUMONT. — Journal de méd. de Bordeaux, 1881.

GILLET. — Urémie fébrile. Rev. méd., 1892.

GIRAudeau. — De l'urémie. Rev. crit. in. arch. gén. de
méd. 1886.

— Troubles de l'évolution des maladies infec-
tieuses chez les albuminuriques. N^o 14
de la Presse méd. 18 février 1899.

GROS. — Un cas d'urémie fébrile. Loire méd. 15 mars 1897.

GUBLER. — Urémie, dict. encyclop.

GUYOT. — Soc. méd. des Hopitaux, 1880.

HIRTZ. — Art. chaleur du Dict. de méd. et chir. prat.

HUGHARD. — Bull. gén. de thérap. Soc. de thérap. 1897, 430, 39.

HUTINEL. — Des températures basses centrales. Th. d'ag., 1880.

JACCOUD. — Clin. de Lariboisière, 1871.

— Clin. de la Pitié, 1885.

LABADIE-LAGRAVE. — Urémie, nouv. dict. de méd. et chir.
pratique.

LEGORCHÉ et TALAMON. — Méd. mod., 1892-93.

MAC-BRIDE. — Arch. of. méd. New-York, 1880.

MATHES. — Albuminurie fébrile (Dict. arch. f. Klin. méd.
L. IV, p. 501).

MERCKLEN. — Art. urémie, dict. encycl. des Sciences mé-
dicales.

MERCKLEN. — Anurie, th. de Paris, 1881.

MOUSSOUS. — France méd., 1885.

RAYMOND. — Contractures, convulsions chez les brightiques
(Arch. de nécrologie, 1883.)

RENDU. — Coma urémique. Trib. médicale. 6 mai, 1896.

RICHARDIÈRE et THÉRÈSE. — Hyperthermie dans l'urémie.
Revue de méd., 1891.

P. ROBIN. — De la fièvre typhoïde à forme rénale. Th. de
Paris, 1878.

ROSENSTEIN. — Traité prat. des maladies des reins. (Trad.
Bottentuit et Labadie-Lagrave, 1874.)

STRUMPELL. — Arch. den. Heilk, XVII.

TENNESON et CHANTEMESSE. — Hémiplegie et épilepsie
partielle urémique, Rev.
de méd., 1801.



Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
DIEULAFOY

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

